



Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_

ID del Proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Formulario de Solicitud de Pago

Por favor, seleccione qué tipo de desembolso está solicitando del Departamento de Servicios

 Depósito Directo (*pago único, \$100.00*)

Para recibir el bono del depósito directo, los proveedores deben llenar el formulario CCAP-5, Autorización de Depósito Directo. Los Asistentes Aprobados deben llenar el Formulario de Inscripción de Distribuidor ACH del estado de Rhode Island para los Depósitos Directos ubicados en <http://controller.admin.ri.gov/Forms/index.php>. Por favor, adjunte un cheque anulado original o nota de depósito de ahorros y envíela a la Oficina de CCAP. Al momento de la verificación de las Cuentas y Control, el pago será efectuado. Nota: Los Asistentes son elegibles para depósito directo. No obstante, no son elegibles para el bono.

 Orientación CCAP (*pago único, \$75.00*)

Al momento de la terminación de la Orientación inicial CCAP, los proveedores tienen el derecho a un bono de incentivo único. Los proveedores necesitan enviar este formulario a la oficina de CCAP para la aprobación de este bono de incentivo único. Fecha de la Orientación: \_\_\_\_\_

 Exento de Licencia (*pago único, \$500.00*)

Todo proveedor DHS exento de licencia que obtenga una licencia DCYF recibirá un bono de incentivo único. Los proveedores necesitan enviar este formulario, junto con una copia de su licencia activa DCYF a la oficina del CCAP para su aprobación.

 Pago de Asistente Aprobado por DCYF para Salida Aprobada por Enfermedad

Los Asistentes Aprobados por DCYF deben ser distribuidores aprobados RIFANS a ser reembolsados por el cuidado de salida por enfermedad que ellos proporcionan. Para calificar como distribuidor RIFANS, los Asistentes Aprobados deben enviar una R.I. W-9, la que se encuentra en <http://controller.admin.ri.gov/Forms/index.php>, a la Oficina de Atención Infantil de CCAP. El pago será emitido en incrementos de dos horas. Por favor, complete un Anexo A por separado para cada día de salida por enfermedad.

 Comisión de Registro Infantil (*pago recurrente, hasta \$50.00/niño*)

El estado proporcionará una comisión de registro anual equivalente al monto de la comisión de registro imputada a las familias privadas que pagan (hasta, pero sin exceder, los \$50.00/niño) para los proveedores certificados DCYF que tengan una política escrita para cobrar una comisión de registro a todas las familias. Los proveedores deben enviar su Política de Registro de Pago Privado y una lista completa de los niños elegibles CCAP a la Oficina de Atención Infantil de CCAP.

### Sólo para Uso de la Oficina de Atención Infantil

**Pago al Asistente de Emergencia (AE) por Salida por Enfermedad**

AE DCYF Aprobado.  N° Asignado de AE RI FANS.  AE asignado al proveedor adecuado que solicita una salida por enfermedad.

W-9 (para Asistente de Emergencia) en archivo.

Anexo A, Autorización de Pago por Salida CCAP - anexado.

Las horas solicitadas para el pago están dentro del tiempo de enfermedad acreditadas por el proveedor.

**Comisión de Registro Infantil**

Política de Pago Privado enviada/archivada, Fecha:

Nómina de Atención Infantil de todos los niños CCAP elegibles, sus números de certificado, y fecha de inscripción confirmada en el sistema RIBridges.

**Bono de Depósito Directo:**

Formulario CCAP-5 o Formulario del Estado de RI de Inscripción del Distribuidor ACH

Cheque anulado/Nota de Depósito

**Bono de Orientación CCAP**

Fecha de Orientación

**Bono de Exento de Licencia**

Licencia DCYF firmada v archivada

Fecha de Revisión / Aprobación

Fecha de Envío a Finanzas para el Pago

Firma OCC

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Tipo de Pago Solicitado	Número/Horas	Tasa/Monto	Monto Total
Bono de Depósito Directo		\$100.00	
Bono de Orientación CCAP		\$75.00	
Bono de Exento de Licencia		\$500.00	
Salida de Asistente por Enfermedad AÑO: 20			
Costos de Registro Infantil		\$50.00	
Monto Total Solicitado			

Los Formularios de Solicitud de Pago, junto con toda la documentación requerida, deben enviarse por correo electrónico a

[DHS.ChildCare@dhs.ri.gov](mailto:DHS.ChildCare@dhs.ri.gov) o por correo postal a:

DHS Office of Child Care, Louis Pasteur Building at 57 Howard Avenue 3<sup>rd</sup> Floor, Cranston RI 02920